

介護老人保健施設 愛の郷 利用申込書 (長期 ・ 短期)

利用希望者	フリガナ							性別	男 女
	氏名								
	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 ー (電話) ー ー							
申込者	フリガナ							利用希望者との関係	
	氏名								
	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 ー (電話) ー ー (携帯) ー ー							
介護保険証	施設名・病院名					担当相談員氏名			
	居宅介護支援事業所					担当ケアマネ氏名			
	要介護認定	要支援1・2 (短期入所の方のみ)							
		申請中 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5							
〈利用希望の動機・理由を記入して下さい。〉									
〈どのような状態になれば、在宅生活が可能ですか?〉									
希望療養室	<input type="checkbox"/>	4人部屋	<input type="checkbox"/>	1人部屋	<input type="checkbox"/>	どちらでも可			
利用希望期間	平成	年	月	日	~	平成	年	月	日まで
退所後について	<input type="checkbox"/> 自宅に帰る				<input type="checkbox"/> 施設入所				
現在の状況	①自宅生活	主な介護者 ()				続柄 ()			
	②入院中	病院名 ()				入院期間 ()			
	③施設入所中	施設名 ()				入所期間 ()			
病院受診状況	<input type="checkbox"/> 現在受診している				<input type="checkbox"/> 受診していない				
	病院(医院)名 ()				服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
本人の収入	①年金 [種別 ()]	月額 (万円)		家族の状況	① 無収入 ② 給与取得者 ③ 自営業 ④ 年金 ⑤ その他 ()				
	②恩給 [種別 ()]	月額 (万円)							
	③その他 []								
家屋状況	①状況 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> アパート (F) <input type="checkbox"/> マンション (F)								
	②本人の部屋 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない								

注① この申込書は入所を約束するものではありません。

調査票

既往歴			
入院歴			
主病名			
日常生活の状態においてあてはまるものにチェックして必要事項を記入ください。			
食 事	摂取状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻注	
	食事形態	〈主食〉 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 () 〈副食〉 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()	
	食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 水分難	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上 下)	
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ自立 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (昼のみ・夜のみ・終日)		
	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (昼のみ・夜のみ・終日)		
	<input type="checkbox"/> 紙おむつ (昼のみ・夜のみ・終日) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ		
	備考		
身 体 状 態	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい (白内障・緑内障) <input type="checkbox"/> 見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい (右・左) <input type="checkbox"/> 聴こえない <input type="checkbox"/> 補聴器 (右・左)	
	言語	言語障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (構音障害 / 失語症)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> あいまい	
	立位	<input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> できない	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> できない	
	歩行	<input type="checkbox"/> ひとりでできる (杖・歩行器・シルバーカー) <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> できない	
	車椅子	<input type="checkbox"/> 自分で動かせる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 使ったことない	
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 (リフト浴・寝浴)	
	更衣	<input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
精 神 状 態	認知症	<input type="checkbox"/> 無 (ほとんど無し) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	
	認知症に伴う行動	<input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 同じこと言う <input type="checkbox"/> 作り話をする <input type="checkbox"/> 満腹感がない <input type="checkbox"/> 意思の疎通が図れない <input type="checkbox"/> 意思の伝達が一方通行 <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> 怒鳴る・暴力をふるう <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> うつ状態である <input type="checkbox"/> 便などこねてしまう <input type="checkbox"/> トイレ以外から放尿する <input type="checkbox"/> ベッドから落下する <input type="checkbox"/> よく転倒することがある <input type="checkbox"/> 食品以外の物を食べる <input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける <input type="checkbox"/> 雑多に物を集めてしまう <input type="checkbox"/> 大声を出したり、奇声をあげる <input type="checkbox"/> 外へ出たがる <input type="checkbox"/> 実在しないものが見え、声が聞こえる <input type="checkbox"/> 人から世話をされることを嫌う <input type="checkbox"/> 不安が強く・人を呼ぶ事が多い	
	夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠りが浅い *眠剤 (有 無)	

* この利用申込書のほかに、診療情報提供書をお願いすることもあります。

個人情報使用同意書

私は、適切な介護保険サービスを利用するために、市町村、居宅介護支援事業所等必要な情報提供、あるいは、医療機関等への医療情報を共有することに同意します。

社会福祉法人 佐久平福祉会
介護老人保健施設 愛の郷
施設長 蓑輪 康 様

平成 年 月 日

〈利用者〉

住 所

ふりがな

氏 名

印

〈申込者〉

住 所

ふりがな

氏 名

印

平成 年 月 日

ご利用手続きのご案内

このたびは、当施設にお問い合わせいただきありがとうございます。
ご利用希望者の状況等を把握するため、ご家族の方とご利用者との面接を実施したいと思っております。

面接日については、決まり次第ご連絡させていただきます。

「利用申込書」「調査票」「個人情報同意書」ご記入の上、ご持参ください。

問合せ

利用申込書等書類をお渡しいたします



ご利用のお申込み

必要な書類を提出していただきます。
(利用申込書・調査票・個人情報同意書)



面接

ご利用希望者とご家族と面接を実施させていただきます。面接日時
はご連絡いたします。



入所判定委員会

医師、看護・介護職員、理学療法士、管理栄養士、相談員等で構成
する会議で検討させていただきます。

*

*判定会議の結果はご連絡させていただきます。

*入所可能判定となった場合、入所待機者となり順番をお待ちいただくこと
となります。



ご利用開始

問い合わせ 社会福祉法人 佐久平福祉会 介護老人保健施設 愛の郷
〒385-0007 佐久市長士呂860-2
TEL 0267-67-8870
FAX 0267-67-8871 担当 今井